

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

|                                        |                                                             |                                                                                                                                               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名                                 |                                                             |                                                                                                                                               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状が出た日                                 | 年 月 日                                                       | 帰国者・接触者相談センター<br>への相談日<br>※相談した場合に記入                                                                                                          | 年 月 日<br>( 時 頃) |  |  |  |  |  |  |  |
| ①医療機関の受診状況                             |                                                             | 1. 受診した                      2. 受診していない                                                                                                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |
| (①で「受診した」と回答した場合)<br>②医療機関の受診日         |                                                             | 年 月 日                                                                                                                                         |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                        |                                                             | 年 月 日                                                                                                                                         |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                        |                                                             | 年 月 日                                                                                                                                         |                 |  |  |  |  |  |  |  |
| (①で「受診していない」と回答した場合)<br>③症状(期間などを具体的に) |                                                             |                                                                                                                                               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
| ③療養のために<br>休んだ期間                       | 年 月 日から<br><br>年 月 日まで                                      | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br><br>( 新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり<br>感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や<br>勤務予定がなかった日は除く。 )                                             | 日               |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑤                                      | 上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>または、今後受けられますか。        | 1. はい                      2. いいえ                                                                                                             |                 |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑥                                      | ⑤で「はい」と回答した場合、その給<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>なった(なる)期間をご記入ください。 | 年 月 日から                      (給与等の額:円)<br><br>年 月 日まで <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                        |                                                             |                                                                                                                                               |                 |  |  |  |  |  |  |  |

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

|        |                                              |      |  |
|--------|----------------------------------------------|------|--|
| 事業主記入欄 | 年 月 日                                        |      |  |
|        | 上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。 |      |  |
|        | 事業所所在地                                       |      |  |
|        | 事業所名称                                        |      |  |
| 事業主氏名  |                                              | 印    |  |
| 担当者氏名  |                                              | 電話番号 |  |